



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
PSICOLOGÍA

Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)
en adolescentes del Distrito De Trujillo.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICÓLOGA

AUTORA:

Paredes Cruzado, Karlita.

ASESORES:

Dra. Mercedes Aguilar Armas

Dra. Patricia Rodríguez Mendoza

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría

TRUJILLO – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO

Dra. Aguilar Armas, Mercedes

Presidente

Dra. Rodríguez Mendoza Patricia Eliana

Secretaria

Mg. Tomás Caycho Rodríguez

Vocal

Autorización de Publicación de Tesis en Repositorio Institucional UCV

Yo, Karlita Cecilia Paredes Cruzado, identificada con DNI 74421010, egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulada "Propiedades Psicométricas del cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo" en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art.23 y Art.33.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....



FIRMA

DNI: 74421010

FECHA: 06.09.17

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme salud y bendición en mi vida diaria, así como también el proceso de mi carrera universitaria.

A mis padres, por ser mi soporte emocional y guía durante este tiempo, por darme la calma necesaria y amor infinito.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme en un camino de éxito y llegar a esta etapa final de mi carrera universitaria.

A mi familia, por ofrecerme su apoyo incondicional y fortaleza continua.

A mis asesores, quienes me brindaron información y guía para culminar con éxito esta investigación.

La autora.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Karlita Cecilia Paredes Cruzado, con DNI N° 74421010, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es auténtica y confiable.

Del mismo modo, declaro bajo juramento que todos los datos e información obtenidos en la presente tesis son auténticos y veraces.

De tal manera asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión ya sea en los documentos como de la información aportada por lo cual me someto a lo impuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, septiembre 2017.

Karlita Cecilia Paredes Cruzado

DNI. N° 74421010

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado calificador:

Cumpliendo con las disposiciones vigentes emanadas por el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, someto a vuestro criterio profesional la evaluación del presente trabajo de investigación titulado **“Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo”**, elaborado con el propósito de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo.

Con la convicción de que se le otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, le agradezco por anticipado por las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación.

La autora

ÍNDICE

GENERALIDADES

Caratula.....	i
Página del Jurado	ii
Autorización de Publicación de Tesis en Repositorio Institucional UCV.....	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Declaración de Autenticidad	vi
Presentación	vii
Índice	viii
Índice de Tablas.....	xi
Resumen	xii
Abstrac	xiii

I INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática	10
1.2 Trabajos Previos	12
1.3 Teorías Relacionada al Tema	14
1.3.1 Definición de Sobreingesta Alimentaria	14
1.3.2 Concepto de Sobrepeso y Obesidad.....	14
1.3.3 Obesidad y su Clasificación en los Adolescentes.....	14
1.3.4 Hábitos, Pensamientos y Actitudes en Adolescentes Relacionados con la Obesidad	16
1.3.5 Dimensiones y Escalas de Sobreingesta alimentaria	17
1.3.5.1 Puntuaciones de Validez	17
1.3.5.2 Hábitos y Actitudes Relacionadas con la Conducta Alimentaria.....	17
1.3.5.3 Hábitos Generales de Salud y Funcionamiento Psicosocial.....	17
1.3.6 Escalas de Sobreingesta alimentaria	17
1.3.7 Enfoque Biopsicosocial de Obesidad	18
1.4 Formulación al Problema	22

1.5 Justificación del Estudio	22
1.6 Objetivo	22
1.6.1 Objetivo General	22
1.6.2 Objetivo Específico	23
II METODO	
2.1 Diseño de investigación	23
2.1.1 Psicométrico	23
2.1.2 Tipo de Estudio	23
2.2 Variables, operacionalización	24
2.3 Población y Muestra	31
2.3.1 Población Objetivo	31
2.3.2 Muestra	31
2.3.3 Muestreo	31
2.3.3.1 Criterios de Selección	32
2.4 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad	32
2.4.1 Técnica	32
2.4.1.1 Evaluación Psicológica	32
2.4.2 Instrumento	32
2.5 Métodos de Análisis de Datos	36
2.6 Aspectos Éticos	36
III RESULTADOS	
3.1 Validez del Contenido	38
3.2 Análisis de Ítems	45
3.3 Validez de Constructo	46
3.4 Confiabilidad por Consistencia Interna	49
IV DISCUSIÓN	
4.1 Discusión de Resultados	50
V CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones	55

VI RECOMENDACIONES

6.1 Recomendaciones.....	56
--------------------------	----

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 Referencias Bibliográficas.....	57
-------------------------------------	----

ANEXOS.....	62
--------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Operacionalización.....	24
Tabla 2.- Coeficiente de Aíken para la validez de contenido en claridad de los ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo.....	38
Tabla 3.- Coeficiente de Aíken para la validez de contenido en relevancia de los ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo.....	41
Tabla 4.- Coeficiente de Aíken para la validez de contenido en coherencia de los ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo.....	43
Tabla 5.- Evaluación de ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, a través de los índices de homogeneidad en los factores en adolescentes del distrito de Trujillo.....	45
Tabla 6.- Índices de bondad de ajuste de los modelos del Análisis factorial confirmatorio en el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, según factor, en adolescentes del distrito de Trujillo.....	46
Tabla 7.- Cargas Factoriales de los factores del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo.....	48
Tabla 8.- Confiabilidad del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo.....	49

RESUMEN

Se determinó las Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo. El diseño que se trabajó fue psicométrico. En una muestra tipo tecnológico, con 418 adolescentes. Donde la muestra fue establecida a través de un muestreo probabilístico estratificado. Asimismo, los resultados muestran validez de contenido mediante Coeficiente V de Aiken arrojando ítems muy significativos; así, para los índices de homogeneidad mediante correlación ítems test corregido, presentan nivel discriminación de bueno a elevado, con puntuaciones que oscilan en el rango de .202 y .725. La validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio, se obtuvo valores inferiores a .90. fijado como valor mínimo de indicador de un buen ajuste del modelado. Finalmente, la confiabilidad por consistencia interna, se utilizó Alpha Ordinal, donde el coeficiente califica puntuaciones que oscilan entre .580 y .865.

Palabras claves: Sobreingesta alimentaria, validez, índices de homogeneidad, cargas factoriales

ABSTRACT

Psychometric properties of the Over consumption of Food Questionnaire were determined in teenagers of Trujillo district. It was done a psychometric design. The technological sample had 418 teenagers and it was obtained through stratified and probabilistic sampling. Also, the results showed validity of content through V of Aiken coefficient and there were very significant items. The homogeneity rates through item – test correlation showed on Factor I values from .259 to .538, just item 51 showed a value lower than .20. On Factor II there were values from .207 to .457. Validity of construct showed values lower than .90 through confirmatory factorial analysis, and it was the minimum value of good adjustment of modeling. Finally, reliability by internal consistency was used Alpha Ordinal, where the coefficient scores ranging from .580 to .865.

Keywords: Over consumption of food, Validity, homogeneity rates, factorial loads.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

“La adolescencia es un período en el cual el ser humano crece y se desarrolla, este período se da posterior a la niñez y antes de la edad adulta, entre las edades de 10 y 19 años.” (Organización Mundial de la Salud, 2016, p.1).

Además, es un segundo período de vida, donde la persona crece de manera acelerada. Debido a ello, existen cambios notorios en la maduración por parte del cuerpo, alcanzándose la capacidad de reproducción sexual, es por ello que el adolescente requiere la necesidad de aumento de nutrientes. No sólo existe el crecimiento rápido, sino también el desarrollo físico acelerado; siendo este vulnerable a los requerimientos de nutrientes, asociado a cambios que son pronunciados en el estilo de vida y alimentación, que afectan su consumo alimenticio (Maban, 2002, citado en Grosjean, 2011).

Es en ella, donde el ser humano crece de manera rápida y mantiene cambios continuos físicos y emocionales, toma decisiones sobre su propia vida, así como también escoge sus hábitos alimenticios, dentro de ellos, se encuentran frecuentemente la inapetencia, exclusión de tiempos para la comida y el consumo excesivo de comida chatarra. Todo ello, puede traer como consecuencias cambios repentinos tanto en su modelo de salud, así como el riesgo de la misma (Grosjean, 2011).

Así, una inadecuada ingesta de alimentos o de manejo de alimentación por parte de los adolescentes, puede traer como consecuencia problemas, como la obesidad.

No obstante, Casazza (2016, citado en Grosjean 2011) quien realizó su estudio en Florida en la Universidad Internacional de Park, referente a los hábitos alimenticios del adolescente, arrojó que un 60% de estos tienen obesidad por cambios en los hábitos de su alimentación y que el 33% de los adolescentes ingiere cinco bocados de vegetales y fruta a diario, asimismo, el 25% de las calorías proceden de poca

carga vitamínica y grasa saturada, como dulces, galletas, y papas fritas. Se asegura que la obesidad es cada vez un grave problema médico, así como también un factor contribuyente a enfermedades, ya que estas ponen en riesgo la vida de los seres humanos (Allison 1995, citado en O'Donnell y Warren, 2007).

Así, Babbitt, Edlen-Nezien, Manikan, Summers y Murphy (1995, citado en O'Donnell y Warren, 2007), manifiestan que “se ha vuelto evidente que la adolescencia es el momento de la vida en que se establecen los hábitos y actitudes esenciales para el mantenimiento de un sano peso corporal”. (p.1).

Meza y Moral (2012), mencionan que la obesidad es el problema que está presente en América, viéndose afectada un cuarto a un tercio de la población.

Domínguez (2016), afirma que “uno de cada cuatro niños, entre los 5 y 9 años, padecen obesidad (24,4%); así también, dos de cada cinco adultos jóvenes entre 20 y 29 años (39,7%)” (p1).

Cuba (2016), informó en América Noticias que el Perú ocupa el tercer lugar en países con mayor obesidad, siendo el primero México, seguido de Chile, concluyendo con Perú. Es así que el 53% de la población peruana padece de obesidad.

En el Perú, según Silva (2014), refiere que, en el Sector Salud, los últimos estudios revelan que el 62,3% de los peruanos entre los 30 y 59 años tiene sobrepeso u obesidad. Es decir, cada tres de cinco peruanos padece exceso de peso.

Además, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014), manifestó que en Lima el 34,7% de las personas con 15 años en adelante, tienen sobrepeso. Por otro lado, el 17,5% de adolescentes de 15 y más años en adelante sufren de obesidad.

En Trujillo, D'Anglés (2014), encuestó a 915 escolares entre las edades de 10 y 14 años, de las instituciones estatales del Distrito de Trujillo, donde halló un predominio de 23% de sobrepeso y 10% de obesidad para ambos sexos.

Por ello, es vital realizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), ya que sólo existen las realizaciones psicométricas de pruebas que miden y se centran en los trastornos alimentarios, como el EDI- 3 Inventario de la Conducta Alimentaria que consta de 91 ítems, siendo su aplicación en población clínica a partir de los 12 años de edad en adelante, y en poblaciones no clínicas a partir de los 10 años a más; así también el TSA Test de Siluetas para Adolescentes, que determina la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal en los adolescentes, este instrumento se puede aplicar a los adolescentes de 14 a 18 años de ambos sexos; asimismo, el cuestionario de Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal IMAGEN, cuyo objetivo es realizar la detección temprana de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, cuenta con 38 ítems, su aplicación es a partir de los 11 años de edad, tanto en población clínica como normal, no obstante es difícil encontrar instrumentos relacionados con la obesidad que sean aplicados en jóvenes; sin embargo, y a diferencia de estos instrumentos, el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), es una prueba completa que mide hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad, que puede ser aplicada a partir de los 9 años en adelante, con una duración alrededor de 20 minutos en su aplicación, tanto colectiva como individual, constituida por 80 ítems, donde se le pide al evaluado que indique el grado en el cual concuerda con cada reactivo en una escala de 0 a 4, así también es de fácil lectura y entendimiento.

1.2 Trabajos Previos

Meza y Moral (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue validar la estructura de once factores del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), así también delimitar sus factores de segundo orden y la pertinencia de un puntaje total, además, constatar su consistencia interna, detallar su distribución y comprobar su diferencia de media en mujeres con normopeso y sobrepeso-obesidad. Por otro lado, se trabajó con un tipo de muestreo no probabilístico en una muestra de 217 mujeres mexicanas, 50% con normopeso y 50% sobrepeso- obesidad. Entre los

hallazgos, se obtuvieron 9 factores correlacionados con un buen ajuste; realizándose un análisis factorial exploratorio alcanzando autovalores iniciales que fueron mayores a 1, se fijan 22 componentes que demuestran el 68.87% de la varianza de los 80 ítems; esta solución se ve reducida a 11 componentes que manifiesta el 53.27% de la varianza total.

Por otro lado, con los 64 ítems restantes, se obtienen los diez componentes anhelados desde los resultados previos con cargas factoriales mayores a .40. La varianza total explicada es 56.98%, asimismo el cuestionario se compuso por 64 ítems; donde la consistencia interna oscila entre .98 escalas. Por otra parte, se eliminó el factor de ortorexia, obteniendo la solución abreviada a tres factores de segundo orden con nueve factores de primer orden, se consigue un buen ajuste tras introducir seis correlaciones entre los residuos ($\chi^2(18) = 26.69$, $p = .08$, $\chi^2/gl = 1.48$, $FD = 0.12$, $PNCP = 0.04$, $GFI = .97$, $AGFI = .93$ y $RMSEA = .05$).

Por otra parte, O'Donnell, y Warren (2007), crearon el instrumento de Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). Trabajaron con una muestra de 1788 estadounidenses de ambos sexos, con confiabilidad con rango de .79 a .88. Asimismo, en validez de constructo, se observaron asociaciones moderadas a altas para seis escalas que se enfocan en las actitudes que se relacionan de manera específica con cuestiones de ingesta alimentaria para bajar de peso, con correlaciones de .26 para puntuaciones de Antojos alimentarios (ANT) y Motivación para bajar de peso (MOT) a .68 para puntuaciones de Subingesta alimentaria (SUB) y MOT (.50). Reflejando que las escalas del OQ miden un conjunto de constructos que se relacionan de manera cercana, sin embargo, aún no son lo suficientemente independientes para justificar calificación. Se evidenció correlaciones de bajas a moderadas, relacionadas con cuestiones con el comer y con el peso. Se obtuvo correlaciones poderosas de .68 relacionadas con cuestiones de comer y con el peso, Aislamiento social (AIS) y Alteración afectiva (AFE); las correlaciones entre Hábitos de salud (SAL), Sobreingesta alimentaria (SOB), Alteración afectiva (AFE) van de .00 a .53., finalmente, para SUB y AFE .27.

1.3 Teorías Relacionadas al tema

1.3.1 Definición de Sobreingesta Alimentaria

O'Donnell y Warren (2007) refieren el **over eating**, traducido al castellano como sobreingesta alimentaria o comer en exceso, como la tendencia donde la persona sigue comiendo aún después de haber saciado el hambre.

Kingsley (2015) considera a un niño obeso, cuando pesa 10% más que el peso favorecido en estatura y tipo de cuerpo. Asimismo, menciona que en la infancia en las edades aproximadas de 5 y 6 años, y durante la adolescencia, es donde se da el inicio de la obesidad

1.3.2 Conceptos de Sobrepeso y Obesidad

El World Health Organization (1995, citado en Meza y Moral, 2012), expresa que un adulto es considerado con sobrepeso si el IMC, es decir su índice de masa corporal es superior a 25, teniendo en cuenta la fórmula de Quetelet (peso en kilos/altura en metros al cuadrado), por otro lado, indica que una persona es obesa, cuando esta cuenta con un IMC mayor a 30.

Asimismo, según el Aragonés, Blasco y Cabrinety (2004), hacen referencia que el adolescente debe estar próximo a su talla final para poderse indicar:

- Sobrepeso: IMC entre 25 kg/m²
- Obesidad leve: IMC entre 28 kg/ m²
- Obesidad moderada: IMC entre 30 kg/m²
- Obesidad severa o mórbida: IMC > 35 kg/ m²

1.3.3 Obesidad y su clasificación en los adolescentes

Para la Organización Mundial de Salud (2016), la obesidad es el almacenamiento en exceso de grasa que puede ser nocivo para la salud. Asimismo, es un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, dentro de ellas incluye la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, así como también el cáncer.

De igual manera, Ureña (2008) manifiesto que la obesidad es el incremento en el almacenamiento del tejido adiposo. Así, cuando este almacenamiento es muy desmesurado, para realizar el diagnóstico es fácil, pues usualmente se le denomina obesidad mórbida.

Aragónés, Blasco y Cabrinety (2004), mencionan que la palabra obesidad hace referencia a una enfermedad nutricional que es más frecuente en los niños y adolescentes. Es un aumento del peso corporal a cuenta del incremento del tejido adiposo. De modo semejante, dentro de ella, existen tres períodos críticos para su desarrollo: tercer trimestre de la gestación y el primer año de vida, las edades entre 5 y 7 años; y finalmente la adolescencia.

La OMS (2016, citando en Moreno, 2012) clasificó a la obesidad de la siguiente manera:

- Normo Peso: IMC (Kg/m^2) = 18.5
- Exceso de Peso: IMC (Kg/m^2) = ≥ 25
- Sobre peso o Pre Obeso: IMC (Kg/m^2) = 28
- Obesidad Grado I o moderada: IMC (Kg/m^2) = 30
- Obesidad Grado II o severa: IMC (Kg/m^2) = 35
- Obesidad Grado III o mórbida: IMC (Kg/m^2) = ≥ 40

Por otro lado, Aragónés, Blasco y Cabrinety (2004), reconocieron tres fenotipos según la asignación topográfica de la grasa:

- **Obesidad generalizada:** La repartición de la grasa no se ubica en ninguna zona en especial del cuerpo.
- **Obesidad androide:** La grasa se distribuye especialmente en la mitad proximal del tronco.
- **Obesidad ginoide:** La grasa se fija en la zona pélvica.
- **Obesidad visceral:** La distribución de grasa se da en la zona intraabdominal.

1.3.4 Hábitos, pensamientos y actitudes en adolescentes relacionados con la obesidad.

Delgado y Gonzalez (2013), manifestaron que la adolescencia es una etapa determinante en cuanto a los cambios que ocurren, estos condicionan tanto las necesidades nutricionales como también los hábitos alimentarios, actividad física y conducta. Dentro de esta etapa, la nutrición está caracterizada principalmente por el prominente consumo de grasas saturadas, los azúcares refinados y un bajo consumo de fibra. Asimismo, la ingesta de bebidas azucaradas tiene un papel destacado en esta etapa. Dentro de la adolescencia, se carece mayormente de proteínas; los cambios en los patrones alimentarios producen una disminución en el consumo de calcio y potasio, siendo estos nutrientes muy importantes. Existe también, una disminución de la ingesta del desayuno, lácteos, frutas y vegetales. Este consumo de grasas no debe ser superior al 30% de la energía consumida, sin embargo, en esta etapa suele ser alta. Los alimentos obesogénicos, son aquellos que contribuyen calorías vacías, pobres en nutrientes, pero resultan atractivos en cuanto a sabor y textura ya que alivia rápidamente el apetito. Además, el hábito de mirar televisión durante comidas está relacionado con un incremento de frecuencia en elección de alimentos deficientes nutricionalmente. De igual manera, la obesidad en la adolescencia es un factor predisponente a padecer esta enfermedad durante la vida adulta.

Por otro lado, Silvestri y Stavile (2005), infirieron que las personas del día de hoy, viven en una sociedad obeso-fóbica, pues ello trae efecto en la alteración en las relaciones interpersonales, autoestima, menor posibilidad de acceder a trabajos y parejas. Se sienten desvalorizados de manera cotidiana, enfrentándose a una presión social, así también existe culpabilidad por los fracasos en bajar de peso, avergonzados, incomodidad, angustia, exagerada importancia a su apariencia en su autoevaluación, autovaloración negativa a causa de la apariencia y evitan sus actividades por vergüenza de su apariencia.

1.3.5 Dimensiones y escalas de Sobreingesta alimentaria

El cuestionario de sobreingesta alimentaria consta de 3 dimensiones, siendo:

1.3.5.1 Puntuaciones de Validez

Está constituida por las escalas de índice de inconsistencia en las respuestas y las puntuaciones de Defensividad, estas ayudan a identificar las inconsistencias en un examinado, es decir en sus respuestas, que podrían no haberse basado en los del cuestionario (O'Donnell y Warren 2007).

1.3.5.2 Hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria

La segunda dimensión, se encuentra constituida por las escalas de Sobreingesta alimentaria, Subingesta alimentaria, Antojos alimentarios, Expectativas relacionadas con comer, Racionalizaciones y Motivación para bajar de peso. Esta dimensión hace referencia a los hábitos y las actitudes que se relacionan específicamente mantener un peso corporal sano y con comer (O'Donnell y Warren 2007).

1.3.5.3 Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial

Esta dimensión está conformada por las escalas siendo, Hábitos de salud, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteración afectiva. Abarca sobre la identificación de las características críticas del contexto psicosocial en el cual se llevarán a cabo los esfuerzos por bajar de peso. O'Donnell y Warren (2007).

1.3.6 Escalas de Sobreingesta alimentaria

O'Donnell y Warren (2007), refirieron las siguientes escalas de Sobreingesta Alimentaria:

- **Índice de inconsistencia en las respuestas (INC)**
Está compuesta por 15 pares de reactivos.
- **Defensividad**
Denota autoafirmaciones idealizadas.
- **Sobringesta alimentaria**

Están relacionadas con tendencia a comer aún después de haber saciado el hambre.

- **Subingesta alimentaria**

Tendencia a no comer lo suficiente.

- **Antojos alimentarios**

Experiencias comunes entre personas que buscan bajar de peso y un obstáculo importante para su éxito.

- **Expectativas relacionadas con comer**

Son los resultados positivos que se esperan como la consecuencia de ingerir alimentos.

- **Racionalizaciones**

Tendencia a racionalizar para deslindarse de responsabilidades para conservar un peso corporal sano.

- **Motivación para bajar de peso**

Grado en el cual el individuo está dispuesto a trabajar para bajar de peso y conservar un peso corporal sano.

- **Hábitos de salud**

Consiste en la regularidad en la cual el individuo hace su participación en conductas que generalmente se consideran buenas prácticas de salud.

- **Imagen corporal**

Señala una imagen corporal positiva.

- **Aislamiento social**

Relativa escasez de recursos sociales.

- **Alteración afectiva**

Presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden debilitar los esfuerzos por bajar de peso.

1.3.7 Enfoque Biopsicosocial de Obesidad

Guzmán, Del Castillo, y García (2010) hicieron referencia al modelo biopsicosocial, mencionaron que éste abarca a un agente patógeno, ya sea una bacteria o virus

que no necesariamente desemboca una infección o desarrollo de enfermedad por la persona expuesta, sino que va a depender del nivel de vulnerabilidad inmunológica que se presente, asimismo, se relacionará con sus hábitos de salud (práctica de deporte, tabaco, horas de sueño, alcohol y dieta), en cuanto al ajuste psicológico, se relacionará con los niveles de estrés y en lo social con la predisposición del apoyo entre otros y de cada individuo.

No obstante, la literatura nos ofrece una amplia variedad en las teorías, pues dentro de ellas se encuentran las biológicas, sociales, psicológicas, así pues, para explicar de una manera más específica nos adentramos en la teoría biopsicosocial, ya que según algunos autores como lo menciona Cabello y Zúñiga (2007, citado en Meza y Morál, 2015), el origen de la obesidad es complicado, puesto no sólo se habla de sobreingesta, sino su compacto con situaciones estresantes de la vida, además, el uso de la comida como refugio para recompensar frustraciones, tristezas, temores y necesidades. Al compenetrarse las teorías biológicas, psicológicas y sociales, nace lo que se conoce como el enfoque biopsicosocial, pues este nos brinda una amplitud de la conducta alimentaria, en el que se define que está medida por variables, tanto fisiológicas, psicológicas y sociales, puesto que la obesidad, es una limitación crónica donde desembocan muchos factores, como genético, hereditarios, socioeconómicos y psicológicos. (Strunkard, 2000; Taylor, 2007, citado en Meza y Morán, 2015).

Según Hernández (2002), cuando se habla de factores genéticos en cuanto a obesidad, se realizaron comparaciones de gemelos idénticos que fueron expuestos en diferentes condiciones ambientales, donde se demostró que genética es un principio causal de la obesidad, pues el resultado fue de aproximadamente entre 30 a 40%, en cuanto a ambiente se le atribuyó 60 a 70%. Sin embargo, en otras series, la influencia genética de la obesidad ha tenido variación de 20 a 80%, esto dependía de características distintivas de la obesidad, es decir la edad de aparición, el tipo central, etc. Así también, hicieron referencia a una naturaleza poligénica, que según el diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra (2015), mencionaron que es la causa de la acción de

varios genes, además expresa que existen alrededor de 15 genes que son los que se unen de manera significativa con la grasa corporal o con el porcentaje de grasa corporal y son 5 los genes que se relacionan con la cantidad de grasa visceral abdominal. No obstante, Hernández (2002), expresó que, en exitosos estudios de encuestas, se hallaron más de 250 genes, regiones cromosómicas y marcadores que están involucradas con la obesidad, esto quiere decir que, en los seres humanos, los potenciales de interacción entre el ambiente y múltiples genes, conllevan a la expresión fenotípica de la obesidad.

Por otra parte, Bersh (2006), explicó que psicológicamente existen algunos elementos que influyen en la conservación de la obesidad.

Algunas personas no logran introyectar en el proceso de desarrollo su control sobre la alimentación que desempeñan los padres, esto es especialmente cuando el sobrepeso se manifiesta en la etapa de niñez o cuando existe sobreprotección. Adicionalmente, la comida desde las primeras etapas de vida es usada para atenuar algún malestar emocional de cualquier origen, de igual modo, muchos obesos presentan la característica de tener dificultades para expresar e identificar sus emociones lo que conlleva a que coman en exceso, siendo esta una estrategia mal adaptativa para manejarla.

En otro aspecto, Guzmán, Del Castillo, y García (2010), mencionaron que las consecuencias negativas que abarca a la obesidad se encuentran en lo psicosocial, pues los niños que padecen esto son desplazados, y posteriormente discriminados. Así, conforme el niño va madurando, las consecuencias de la discriminación se van aumentando, de igual manera se puede ver una diferencia cultural muy acentuada, donde la sociedad exige a las personas un establecimiento estricto de aceptación dentro de ella. Siendo así los trastornos de la personalidad, problemas con la imagen corporal, discriminación, ausencia de habilidades sociales, conductas delictivas, problemas emocionales y conductuales, todos estos son los problemas principales que viven las padecen las personas con obesidad.

En cuanto a discriminación, los autores Guzmán, Del Castillo, y García (2010), manifestaron que desde los años 1960 hasta la actualidad, se han demostrado varios estudios donde los niños prefieren a los niños delgados y rechazan a los niños obesos, de modo semejante las personas obesas en su desesperación por alcanzar un peso más bajo, sufre constantemente la discriminación y las humillaciones de la sociedad que no está preparada para ellos que les teme y rechaza, estas personas que discriminan suelen pensar que las personas con obesidad *“están así porque quieren” “no tienen voluntad”*, dándole la conceptualización al obeso como carente de compromiso y voluntad.

Por otra parte, los problemas emocionales y conductuales cuando se es niño o adolescente obeso, sufren de manera cotidiana un importante desgaste psicológico, según los autores en las evaluaciones psicológicas que valoran emocionalidad y ansiedad, existe puntaje elevado en personas obesas (niños, adolescentes y adultos) a diferencia de la gente con peso normal, además, las personas con obesidad muestran también elevados niveles de tensión, impulsividad y agresividad.

En cuanto a los problemas relacionados con la imagen corporal, Shilder (1935, citado en Guzmán, Del Castillo, y García 2010), describieron a la imagen corporal como la imagen que conforma nuestra mente del propio cuerpo, esto quiere decir que, es el modo en el cual nuestro cuerpo se presenta.

La imagen corporal no es necesariamente coherente con la apariencia física real, sino, la importancia de las actitudes y valoraciones que le hacemos a nuestro propio cuerpo. Guzmán, Del Castillo, y García (2010) definieron a la imagen corporal como la configuración total o agrupación de percepciones, sentimientos, representaciones, y actitudes que la persona proyecta con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de las diversas experiencias de cambios psicológicos, sociales y culturales.

Para Guzmán, Del Castillo, y García (2010), las personas con obesidad necesitan de algunas habilidades sociales como la asertividad, padecen problemas para

interpretar algunos mensajes no verbales, inconveniente para expresar sus sentimientos y también ausencia de ajuste social. Esto se refleja en los índices elevados de soledad que presentan, problemas de autonomía e independencia, inseguridad, problemas interpersonales como introversión, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, dependencia, sensación de ineficacia, ansiedad social, fracaso y la falta de control en el entorno escolar, laboral, así como también social.

1.4 Formulación al Problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo?

1.5 Justificación del estudio

Esta investigación se realizó con la finalidad de demostrar las Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ) en población adolescente del Distrito de Trujillo, contando con validez de contenido, constructo, confiabilidad Y baremos, puesto que hasta la actualidad no existía en el Distrito de Trujillo instrumento con respecto a sobreingesta alimentaria. Asimismo, fue de suma importancia llevar a cabo la investigación ya que como se mencionó anteriormente es en la adolescencia donde se producen los cambios del ser humano. Por otro lado, a través del presente estudio, se reafirmó la información planteada por los autores, que favoreció a la población estudiada.

Al realizar el análisis psicométrico del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes, éste instrumento es útil para los profesionales tanto en psicología como en otras profesiones, servirá para futuras investigaciones psicométricas, así también a partir de este instrumento válido se obtendrá la realización de futuros programas tanto de intervención y promoción en la población que hasta la actualidad no ha sido investigada con la variable a medir.

1.6 Objetivo

1.6.1 Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo.

1.6.2 Objetivo específico

- Establecer la validez de contenido mediante el criterio de jueces del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo.
- Establecer índices de homogeneidad mediante la correlación ítem test corregido del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo.
- Establecer la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo.
- Establecer la confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

2.1.1 Psicométrico

Trabajos orientados a crear y estandarizar test y escalas de medición psicológica (Alarcón, 2013).

2.1.2 Tipo de estudio

En este caso se adopta el tipo de estudio instrumental que según León y Montero (2008), en donde refieren que una investigación es instrumental si está orientada a la construcción o adaptación de instrumentos psicométricos válidos y confiables.

2.2 Variables, operacionalización

Tabla 1
Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE INTERVALO
Cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ)	Tendencia a seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre (O'Donnell y Warren, 2007).	Se asume que la definición ha sido medida en función a los factores y puntuaciones directas y convertidas obtenidas en el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) (O'Donnell y Warren, 2007).	<p>Puntuaciones de Validez</p> <p>El índice de inconsistencia en las respuestas (INC) y la puntuación de Defensividad, ayudan a identificar las instancias en las que las respuestas de un examinado podrían no haberse basado en el contenido de los reactivos del cuestionario. (O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Índice de inconsistencia en las respuestas (INC)</p> <p>Compuesta por 15 pares de reactivos. Cuando las respuestas del INC son mayores a 2, significa que han sido marcada de manera aleatoria por el evaluado.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007)</p>	<p>La escala de intervalo hace referencia a un ordenamiento de los objetos medidos, que posee distancias o intervalos numéricos iguales entre los valores que se asignan a los objetos que con respecto a la magnitud del atributo que se va a mediar.</p> <p>(Alarcón, 2013).</p>

			<p>Conformado por los pares: 6 y 35, 9 y 56, 10, 67, 12 y 31, 14 y 52, 16 y 19, 21 y 54, 23 y 70, 26 y 34, 37 y 51, 41 y 44, 42 y 45, 46 y 68, 50 y 51, 55 y 58.</p> <p>Defensividad (DEF)</p> <p>Denotan autoafirmaciones idealizadas</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007)</p> <p>Conformado por los ítems: 12, 17, 31, 43, 48, 62, 76</p> <p>Hábitos y actitudes relacionados con el comportamiento alimentario</p> <p>Son hábitos y actitudes que se relacionan de manera específica con comer y con mantener un peso corporal sano.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Sobreingesta alimentaria (SOB)</p> <p>Tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformado por los ítems: 1, 3, 4, 8, 13, 53, 69, 78</p> <p>Subingesta alimentaria (SUB)</p> <p>Tendencia a no comer lo suficiente</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformado por los ítems: 5, 25, 40, 41, 44, 47, 63, 77</p> <p>Antojos alimentarios (ANT)</p> <p>Experiencia común entre aquellas personas que están tratando de bajar de peso y un obstáculo importante para su éxito.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Conformado por los ítems: 9, 28, 36, 56, 60, 73</p> <p>Expectativas relacionadas con comer(EXP)</p> <p>Resultados positivos que se esperan como consecuencia de ingerir alimentos</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por los ítems: 15, 16, 19, 22, 37, 51, 79</p> <p>Racionalizaciones(RAC)</p> <p>Tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por los ítems: 2, 30, 32, 55, 57, 58, 65, 74</p> <p>Motivación para bajar de peso (MOT)</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Grado en el que el individuo está dispuesto a trabajar para bajar de peso y conservar un peso corporal sano</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por los ítems: 18, 21, 26, 34, 38, 54, 66, 80</p> <p>Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial</p> <p>Son características críticas del contexto psicosocial en el que se llevarán a cabo los esfuerzos por bajar de peso</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Hábitos de salud(SAL)</p> <p>Regularidad con la que el individuo participa en conductas que por lo general se consideran buenas prácticas de salud.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por los ítems: 6, 11, 35, 39, 50, 61, 72</p> <p>Imagen corporal (COR)</p> <p>Implican que el mantener una apariencia personal atractiva es importante para el individuo.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por los ítems: 7, 23, 33, 59, 70, 75</p> <p>Aislamiento social(AIS)</p> <p>Indica una relativa escasez de recursos sociales.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por los ítems: 14, 24, 46, 49, 52, 64, 68, 71</p> <p>Alteración afectiva(AFE)</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Reflejan presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden minar los esfuerzos por bajar de peso.</p> <p>(O'Donnell y Warren, 2007).</p> <p>Conformada por ítems: 10, 20, 27, 29, 42, 45, 67</p>	
--	--	--	--	--

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población objetivo

La población se constituyó por 3396 adolescentes de ambos sexos de los colegios, Pedro Mercedes Ureña N°81014, Ricardo Palma N°80010, y Liceo Trujillo.

2.3.2 Muestra

La muestra se obtuvo a partir de un nivel de confianza de 95% y margen de error de 4%, asimismo, se estableció una muestra de 418 adolescentes del Distrito de Trujillo.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot Q^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot Q^2}$$

Dónde

n= Tamaño de la muestra

N= Población

Z= Nivel de confianza al 95%

e = 5%

p = 0.5 probabilidad favor

q = 0.5 probabilidad en contra

2.3.3 Muestreo

Se realizó el muestreo estratificado, según Kish (1972, citado en Alarcón 2013) menciona que en este tipo de muestreo la población es dividida en subpoblaciones o “estratos”, luego se selecciona una muestra de cada estrato. Posteriormente, se realiza la combinación de cada estrato para así formar una estimación del valor de la población total.

2.3.3.1 Criterios de selección

▪ Criterios de Inclusión:

- Alumnos pertenecientes a instituciones educativas públicas y representativas.
- Alumnos comprendidos entre las edades de 12 a 17 años.
- Alumnos matriculados en las instituciones educativas en el año 2017.
- Alumnos de ambos sexos.

▪ Criterios de exclusión

- Aquellos alumnos que no respondieron 16 ítems del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria.
- Alumnos que padecieron de trastorno de conducta alimentaria o con antecedentes de trastorno.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnica

2.4.1.1 Evaluación psicológica

Ballesteros (1992 citado en Mikulic, S.F) refirió a la evaluación psicológica como la disciplina de la psicología científica encargada de la exploración y análisis del comportamiento del ser humano o grupo específico de seres con objetivos diferentes o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) mediante el proceso de decisiones en el que se compenetra la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación.

2.4.2 Instrumento:

El cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), fue creado por O'Donnell y Warren (2007), es un cuestionario completo que mide hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad. Cuenta con 80 reactivos que se pueden aplicar de manera individual o en entorno grupal. Además, se puede completar durante 20 minutos. Asimismo, los reactivos son de fácil lectura para cualquiera

que pueda leer a nivel de cuarto grado. Se le pide a la persona que indique el grado en el cual concuerda con cada reactivo en una escala de 0 a 4, donde 0 = **Para nada**, 1= **Un poco**, 2= **Moderadamente**, 3= **Bastante**, y 4= **Muchísimo**. Las normas disponibles arrojan puntuaciones en las 12 áreas. Dos de las escalas, Inconsistencia alimentaria (SOB), Subingesta alimentaria (SUB), Antojos alimentarios (ANT), Expectativas relacionadas con comer (EXP), Racionalizaciones (RAC), y Motivación para bajar de peso(MOT). Las últimas cuatro escalas, Hábitos de salud(SAL), Imagen corporal(COR), Aislamiento social(AIS) y Alteración afectiva(AFE), se relacionan con hábitos generales de la salud y funcionamiento psicosocial; estas se incluyen para ayudar a identificar problemas que con frecuencia deben contemplarse junto con la obesidad. Los estimados de consistencia interna para estas escalas se encuentran en un rango de 0.79 a 0.88 y los cálculos de confiabilidad test-retes se hallan en un rango de 0.64 a 0.94.

- **Validez**

Las puntuaciones de Sobreingesta Alimentaria, se correlacionan de negativa con la puntuación total de Autoconcepto ($R = -.30$), asimismo, en que las puntuaciones de Subingesta alimentaria se correlacionan con las puntuaciones de Ansiedad ($r = -.34$). Por otro lado, las puntuaciones de Imagen corporal (COR), muestran correlación positiva selectiva y moderada con las puntuaciones de Apariencia física y Atributos ($r = .45$). Asimismo, las puntuaciones de Aislamiento Social muestran moderada correlación negativa con las puntuaciones de Popularidad ($r = -.55$), se observa una relación similar entre las puntuaciones de Alteración afectiva (AFE) y las puntuaciones de Ansiedad ($r = -.57$).

No obstante, las correlaciones más poderosas se hallaron entre el OQ (Obesity Questionnaire) y las escalas del TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire). La escala de Sobreingesta alimentaria se correlaciona de manera más elevada con las subescalas de Desinhibición y Hambre del TFEQ ($r = .71$ y $.72$, respectivamente). Las puntuaciones de Subingesta alimentaria se correlacionan

de forma más poderosa con las puntuaciones Contra (razones en contra de bajar de peso) del DBI ($r = .56$). Las puntuaciones ANT exhiben las correlaciones más altas con las puntuaciones del DIET (las puntuaciones elevadas en peste indican cierta medida), en especial con las puntuaciones de Resistencia a las tentaciones ($r = -.33$), Emotividad negativa ($r = -.31$), Deseos de dulce ($r = -.30$) y Sobreingesta alimentaria ($r = -.26$). Por otro lado, las puntuaciones SAL muestran relación selectivamente poderosa con puntuaciones del DIET, en particular con Ejercicio ($r = .71$) y con las puntuaciones Totales ($r = .70$). Así, las puntuaciones SAL también se correlacionan de manera positiva con puntuaciones de Ejercicio ($r = .74$) del Perfil de Estrés, así como también con sus puntuaciones de Valoración positiva ($r = .59$), Concentración en el problema ($r = .51$) y Bienestar psicológico ($r = .60$). Las correlaciones de .61 y .54 con las escalas de Desinhibición y de Hambre del TFEQ, respectivamente, puntuaciones de Racionalizaciones (RAC), también exhiben relación positiva selectiva ($r = .42$), con puntuaciones Contra del DBI. Las puntuaciones MOT se asocian de una manera más potente con las puntuaciones Pro (razones a favor de bajar de peso) del DBI ($r = .64$), así como también con el peso real informado, percepción expresada de estar en sobrepeso e intención indicada de pesar menos dentro de los próximos seis meses. Las puntuaciones Imagen corporal muestran correlación positiva selectiva con puntuaciones de Autoconcepto físico del TSCS:2 ($r = .54$). Las puntuaciones de Aislamiento Social exhiben fuerte relación negativa con las puntuaciones de Autoconcepto social del TSCS:2 ($r = -.70$) y una fuerte relación positiva con el historial informado de problemas relacionados con el alcohol o drogas ($r = .62$). Las puntuaciones de Alteración afectiva presentan una fuerte relación negativa con las puntuaciones de Bienestar psicológico del Perfil de Estrés ($r = -.61$) y con las puntuaciones de Autoconcepto social del TSCS:2 ($r = -.59$). En conclusión, los patrones se adecuan a lo que podría esperarse, dados los supuestos constructos que subyacen a las puntuaciones de las escalas del OQ.

- **Confiabilidad**

La confiabilidad se realizó mediante la consistencia interna de Alpha de Cronbach y correlación Test-retest, en la dimensión de Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria en la escala de Sobreingesta alimentaria (SOB) se obtuvo una consistencia de .80 a través de Alpha de Cronbach y correlación Test -retest de .64. Asimismo, en las escalas de Subingesta alimentaria (SUB) su consistencia interna por Alpha de Cronbach fue de .82 y correlación test-retest .84, Antojos alimentarios (ANT) obtuvo su consistencia interna a través del Alpha de Cronbach de .82 y correlación Test-restest .93, Expectativas relacionadas con comer (EXP) obtuvo consistencia interna por Alpha de Cronbach de .87 y correlación Test-retest de .88, Racionalizaciones (RAC) obtuvo consistencia interna por Alpha de Cronbach .81 y correlación Test-retest de .80, Motivación para bajar de peso (MOT) obtuvo su consistencia interna a través de Alpha de Cronbach de .88 y correlación Test- retest .82. Finalmente, en la dimensión Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial, en las escalas Hábitos de salud (SAL) obtuvo consistencia interna de .79 a través del Alpha de Cronbach y correlación Test-retest de .86, Imagen corporal (COR) alcanzó consistencia interna por Alpha de Cronbach de .86 y correlación Test-retest .94, Aislamiento social (AIS) alcanzó su consistencia interna por Alpha de Cronbach de .87 y correlación Test-retest de .88, finalmente en Alteración (AFE) obtuvo consistencia interna por Alpha de Cronbach de .87 y corellación Test-retest .89.

2.5 Métodos de análisis de datos

Terminado el proceso de aplicación del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, se realizó la depuración de los datos, descartando las pruebas en las que se detecten errores u omisión en el llenado; procediendo luego enumerar correlativamente las pruebas aplicadas, para enseguida elaborar la base de datos en el Software Excel, los mismos que fueron exportados para ser procesados a los paquetes estadísticos AMOS y SPSS 23.0. En el procesamiento y análisis de los datos se procedió a evaluar en primer lugar la validez de contenido donde se le

pidió opinión a un grupo de jueces en lo referente a los ítems que componen el cuestionario y se utilizó el coeficiente de la V de Aiken para encontrar dicha validez; previamente a la validez de constructo se realizó el análisis de ítems mediante el análisis de correlación ítem-test corregido, procediendo luego a la aplicación del análisis factorial confirmatorio para la evaluación del ajuste del multidimensional del Cuestionario propuesto por los autores, en la población investigada, mediante la obtención de índices de bondad de ajuste absolutos como: GFI, AGFI; y comparativos como IFI, TLI, CFI y otros indicadores como el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y la prueba chi-cuadrado (CMIN/gl). Luego se evaluó la confiabilidad del Cuestionario por consistencia interna con el coeficiente de Confiabilidad Alfa ordinal. Los resultados finales se presentaron en tablas estadísticas de simple y doble entrada construidas según lo exigen las normas APA.

2.6 Aspectos éticos

La investigación ética es aceptable cuando comienza con el establecimiento de un acuerdo claro y justo entre el investigador y el participante, es por ello que, para la realización de esta investigación, tomará en cuenta la carta testigo que se brindará a los directores y tutores para la aplicación y autorización del instrumento. Se informó con claridad a los participantes que la información recolectada era solo con fines de investigación por lo cual no tendrían beneficio alguno al aceptar brindarnos la información, así mismo se les indicó que la información obtenida de los participantes de la investigación durante el curso de la misma es totalmente confidencial.

III. RESULTADOS

3.1 Validez de contenido

Tabla 2

Coeficiente de Aiken para la validez de contenido en claridad de los ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo

Ítem	V de Aiken	IC al 95%		Sig.(p)
		Li	Ls	
item1	1	.93	1	.001**
item2	1	.93	1	.001**
item3	1	.93	1	.001**
item4	1	.93	1	.001**
item5	1	.93	1	.001**
item6	1	.93	1	.001**
item7	1	.93	1	.001**
item8	.88	.76	.94	.011*
item9	.88	.76	.94	.011*
item10	1	.93	1	.001**
item11	1	.93	1	.001**
item12	1	.93	1	.001**
item13	1	.93	1	.001**
item14	1	.93	1	.001**
item15	1	.93	1	.001**
item16	1	.93	1	.001**
item17	1	.93	1	.001**
item18	1	.93	1	.001**
item19	1	.93	1	.001**
item20	1	.93	1	.001**
item21	1	.93	1	.001**
item22	1	.93	1	.001**
item23	1	.93	1	.001**
item24	1	.93	1	.001**
item25	1	.93	1	.001**
item26	1	.93	1	.001**
item27	1	.93	1	.001**
item28	1	.93	1	.001**
item29	1	.93	1	.001**
item30	1	.93	1	.001**
item31	1	.93	1	.001**
item32	1	.93	1	.001**
item33	1	.93	1	.001**
item34	1	.93	1	.001**
item35	1	.93	1	.001**

item36	1	.93	1	.001**
item37	1	.93	1	.001**
item38	1	.93	1	.001**
item39	.88	.76	.94	.011*
item40	1	.93	1	.001**
item41	1	.93	1	.001**
item42	1	.93	1	.001**
item43	1	.93	1	.001**
item44	1	.93	1	.001**
item45	1	.93	1	.001**
item46	1	.93	1	.001**
item47	1	.93	1	.001**
item48	1	.93	1	.001**
item49	1	.93	1	.001**
item50	1	.93	1	.001**
item51	1	.93	1	.001**
item52	1	.93	1	.001**
item53	1	.93	1	.001**
item54	1	.93	1	.001**
item55	1	.93	1	.001**
item56	1	.93	1	.001**
item57	1	.93	1	.001**
item58	1	.93	1	.001**
item59	1	.93	1	.001**
item60	1	.93	1	.001**
item61	1	.93	1	.001**
item62	1	.93	1	.001**
item63	1	.93	1	.001**
item64	1	.93	1	.001**
item65	.88	.76	.94	.011**
item66	1	.93	1	.001**
item67	1	.93	1	.001**
item68	1	.93	1	.001**
item69	1	.93	1	.001**
item70	1	.93	1	.001**
item71	1	.93	1	.001**
item72	1	.93	1	.001**
item73	1	.93	1	.001**
item74	1	.93	1	.001**
item75	.88	.76	.94	.011*
item76	1	.93	1	.001**
item77	1	.93	1	.001**
item78	1	.93	1	.001**
item79	.88	.76	.94	.011*
Ítem 80	1	.93	1	.001**

Nota: V : Coeficiente V de Aiken

*p<.05

**p<.01

En la tabla 2, se aprecian los índices de V de Aiken, donde a su vez se lograron obtener valores mayores a lo que indica la teoría ($V \geq .80$) y que el límite inferior del intervalo de estimación con una confianza del 95% es mayor a .70, lo que indica una adecuada claridad de los ítems.

Tabla 3

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en relevancia de los ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo

Ítem	V de Aiken	IC al 95%		Sig.(p)
		Li	Ls	
item1	1	.93	1	.001**
item2	1	.93	1	.001**
item3	1	.93	1	.001**
item4	1	.93	1	.001**
item5	.88	.76	.94	.011*
item6	1	.93	1	.001**
item7	1	.93	1	.001**
item8	1	.93	1	.001**
item9	.88	.76	.94	.011*
item10	1	.93	1	.001**
item11	1	.93	1	.001**
item12	1	.93	1	.001**
item13	1	.93	1	.001**
item14	1	.93	1	.001**
item15	1	.93	1	.001**
item16	1	.93	1	.001**
item17	1	.93	1	.001**
item18	1	.93	1	.001**
item19	1	.93	1	.001**
item20	1	.93	1	.001**
item21	1	.93	1	.001**
item22	1	.93	1	.001**
item23	1	.93	1	.001**
item24	1	.93	1	.001**
item25	1	.93	1	.001**
item26	1	.93	1	.001**
item27	1	.93	1	.001**
item28	1	.93	1	.001**
item29	1	.93	1	.001**
item30	1	.93	1	.001**
item31	1	.93	1	.001**
item32	1	.93	1	.001**
item33	1	.93	1	.001**
item34	1	.93	1	.001**
item35	1	.93	1	.001**
item36	1	.93	1	.001**
item37	1	.93	1	.001**
item38	1	.93	1	.001**
item39	1	.93	1	.001**
item40	1	.93	1	.001**
item41	.88	.76	.94	.011*
item42	1	.93	1	.001**
item43	1	.93	1	.001**
item44	1	.93	1	.001**

item45	1	.93	1	.001**
item46	1	.93	1	.001**
item47	1	.93	1	.001**
item48	1	.93	1	.001**
item49	1	.93	1	.001**
item50	1	.93	1	.001**
item51	.88	.76	.94	.011*
item52	1	.93	1	.001**
item53	1	.93	1	.001**
item54	1	.93	1	.001**
item55	1	.93	1	.001**
item56	1	.93	1	.001**
item57	1	.93	1	.001**
item58	1	.93	1	.001**
item59	1	.93	1	.001**
item60	1	.93	1	.001**
item61	1	.93	1	.001**
item62	1	.93	1	.001**
item63	1	.93	1	.001**
item64	1	.93	1	.001**
item65	.88	.76	.94	.011**
item66	1	.93	1	.001**
item67	1	.93	1	.001**
item68	1	.93	1	.001**
item69	1	.93	1	.001**
item70	.88	.76	.94	.011*
item71	1	.93	1	.001**
item72	1	.93	1	.001**
item73	1	.93	1	.001**
item74	1	.93	1	.001**
item75	.88	.76	.94	.011*
item76	1	.93	1	.001**
item77	1	.93	1	.001**
item78	1	.93	1	.001**
item79	1	.93	1	.001**
Ítem 80	1	.93	1	.001**

Nota: V : Coeficiente V de Aiken

*p<.05

**p<.01

En la tabla 3, se aprecian los índices de V de Aiken, donde a su vez también se logró obtener valores mayores a lo que indica la teoría ($V \geq .80$) y que el límite inferior del intervalo de estimación con una confianza del 95% es mayor a .70, lo que indica una adecuada relevancia de los ítems.

Tabla 4

Coeficiente de Aiken para la validez de contenido en coherencia de los ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo

Ítem	V de Aiken	IC al 95%		Sig.(p)
		Li	Ls	
item1	1	.93	1	.001**
item2	1	.93	1	.001**
item3	.91	.80	.96	.001**
item4	1	.93	1	.001**
item5	1	.93	1	.001**
item6	1	.93	1	.001**
item7	1	.93	1	.001**
item8	1	.93	1	.001**
item9	1	.93	1	.001**
item10	.95	.85	.98	.001**
item11	1	.93	1	.001**
item12	1	.93	1	.001**
item13	.95	.85	.98	.001**
item14	1	.93	1	.001**
item15	1	.93	1	.001**
item16	.95	.85	.98	.001**
item17	1	.93	1	.001**
item18	1	.93	1	.001**
item19	1	.93	1	.001**
item20	.91	.80	.96	.001**
item21	1	.93	1	.001**
item22	1	.93	1	.001**
item23	1	.93	1	.001**
item24	1	.93	1	.001**
item25	.95	.85	.98	.001**
item26	.95	.85	.98	.001**
item27	1	.93	1	.001**
item28	.95	.85	.98	.001**
item29	1	.93	1	.001**
item30	.95	.85	.98	.001**
item31	1	.93	1	.001**
item32	1	.93	1	.001**
item33	1	.93	1	.001**
item34	.95	.85	.98	.001**
item35	1	.93	1	.001**
item36	.91	.80	.96	.001**
item37	.95	.85	.98	.001**
item38	1	.93	1	.001**
item39	1	.93	1	.001**

item40	1	.93	1	.001**
item41	.95	.85	.98	.001**
item42	.95	.85	.98	.001**
item43	1	.93	1	.001**
item44	1	.93	1	.001**
item45	.95	.85	.98	.001**
item46	.95	.85	.98	.001**
item47	.95	.85	.98	.001**
item48	1	.93	1	.001**
item49	1	.93	1	.001**
item50	.95	.85	.98	.001**
item51	.95	.85	.98	.001**
item52	1	.93	1	.001**
item53	1	.93	1	.001**
item54	1	.93	1	.001**
item55	1	.93	1	.001**
item56	.95	.85	.98	.001**
item57	.95	.85	.98	.001**
item58	1	.93	1	.001**
item59	1	.93	1	.001**
item60	.91	.80	.96	.001**
item61	.95	.85	.98	.001**
item62	1	.93	1	.001**
item63	1	.93	1	.001**
item64	1	.93	1	.001**
item65	.95	.85	.98	.001**
item66	1	.93	1	.001**
item67	.95	.85	.98	.001**
item68	.95	.85	.98	.001**
item69	1	.93	1	.001**
item70	1	.93	1	.001**
item71	1	.93	1	.001**
item72	1	.93	1	.001**
item73	.95	.85	.98	.001**
item74	.95	.85	.98	.001**
item75	.91	.80	.96	.001**
item76	1	.93	1	.001**
item77	.95	.85	.98	.001**
item78	1	.93	1	.001**
item79	.95	.85	.98	.001**
item 80	1	.93	1	.001**

En la tabla 4, se aprecian los índices de V de Aiken, donde a su vez también se logró obtener valores mayores a lo que indica la teoría ($V \geq .80$) y que el límite inferior del intervalo de estimación con una confianza del 95% es mayor a .70, lo que indica una adecuada coherencia de los ítems, solamente los ítems 21 y 32 muestran un límite inferior de .67.

3.2 Análisis de ítems

Tabla 5

Evaluación de ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, a través de los índices de homogeneidad en los factores en adolescentes del distrito de Trujillo

Factor I				Factor II	
Ítem	Ritc	Ítem	Ritc	Ítem	Ritc
Item01	.318	Item15	.492	Item06	.326
Item03	.338	Item16	.449	Item11	.253
Item04	.320	Item19	.490	Item35	.455
Item08	.264	Item22	.432	Item39	.233
Item13	.422	Item37	.389	Item50	.186*
Item53	.475	Item51	.105	Item61	.280
Item69	.469	Item79	.402	Item72	.306
Item78	.496	Item02	.287	Item07	.186*
Item05	.347	Item30	.538	Item23	.207
Item25	.259	Item32	.389	Item33	.296
Item40	.315	Item55	.460	Item59	.265
Item41	.515	Item57	.394	Item70	.226
Item44	.431	Item58	.373	Item75	.387
Item47	.276	Item65	.386	Item14	.387
Item63	.305	Item74	.334	Item24	.271
Item77	.269	Item18	.387	Item46	.309
Item09	.349	Item21	.505	Item49	.365
Item28	.359	Item26	.316	Item52	.366
Item36	.440	Item34	.304	Item64	.298
Item56	.465	Item38	.340	Item68	.375
Item60	.277	Item54	.495	Item71	.370
Item73	.418	Item66	.475	Item10	.406
		Item80	.515	Item20	.304
				Item27	.457
				Item45	.319
				Item67	.352
				Item29	.356
				Item42	.385

Nota:

Ítem válido de coeficiente de correlación ítem-test es mayor o igual a .20

La tabla 5, presenta los resultados del análisis de ítems que constituyen los factores: del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, adolescentes del distrito de Trujillo, involucrados en la investigación, donde se puede observar que cuarenta de los cuarenta y un índices de homogeneidad en el factor I, mostraron valores que oscilan en el rango de .259 y .538; y solo el ítem 51 muestra un valor inferior a .20. Asimismo, en el factor II, el valor de los índices de veintiséis de los veintiocho ítems oscila entre .207 y .457, en tanto que dos ítems muestran valores menores a .20, sin embargo, son significativos.

3.3 Validez de Constructo

Tabla 6

Índices de bondad de ajuste de los modelos del Análisis factorial confirmatorio en el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, según factor, en adolescentes del distrito de Trujillo

Índices de ajuste del modelo	Hábitos y actitudes	Hábitos generales de salud
Índices de ajuste absolutos		
CMIN/gl	3.7	4.13
RMSEA	.081	.087
GFI	.705	.801
AGFI	.672	.765
Índices de ajuste comparativos		
IFI	.633	.696
CFI	.630	.694
Índices de ajuste de parsimonia		
PRATIO	.631	.672
Nota RMSEA : Error cuadrático medio de estimación GFI : Índice de bondad de ajuste AGFI : <i>Índice de bondad de ajuste ajustado</i> IFI : <i>Índice de ajuste Incremental</i> TLI : <i>Índice de ajuste No Normalizado</i> CFI : <i>Índice de ajuste Comparativo</i> PRATIO : Índice de parsimonia PGFI : <i>Índice de Parsimonioso ajustado</i>		

En la tabla 6, se exponen los resultados del análisis factorial confirmatorio para contrastar los modelos teóricos propuestos por el autor, según factor del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo, evidenciando que en el factor Hábitos y actitudes los índices: CMIN/gl, igual a 3.7, inferior a cuatro establecido como el valor mínimo para indicar un buen ajuste; índices de ajuste absoluto: GFI (.705) y AGFI (.672): índices de ajuste comparativo: IFI y CFI, presentan los valores de .633 y .630 respectivamente; Igualmente en el factor Hábitos generales de salud, los índices: CMIN/gl, igual a 4.13; índices de ajuste absoluto: GFI (.801) y AGFI (.765): índices de ajuste comparativo: IFI y CFI, presentan los valores de .696 y .694 respectivamente; presentando en ambos factores valores inferiores a .90, fijado como valor mínimo como indicador de un buen ajuste del modelo y un índice de ajuste parsimonioso de .631 en el primer factor y de .672 en el segundo factor, indicando falta de ajuste; en tanto que el error cuadrático medio de aproximación en ambos casos es menor a .10, indicando un ajuste aceptable

Tabla 7

Cargas Factoriales de los factores del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo

Factor I				Factor II	
Ítem	Ritc	Ítem	Ritc	Ítem	Ritc
Ítem01	.484	Ítem15	.749	Ítem06	.605
Ítem03	.483	Ítem16	.758	Ítem11	.516
Ítem04	.451	Ítem19	.732	Ítem35	.464
Ítem08	.454	Ítem22	.612	Ítem39	.589
Ítem13	.619	Ítem37	.505	Ítem50	.574
Ítem53	.350	Ítem51	.221	Ítem61	.482
Ítem69	.598	Ítem79	.479	Ítem72	.306
Ítem78	.434	Ítem02	.341	Ítem07	.633
Ítem5	.239	Ítem30	.626	Ítem23	.656
Ítem25	.237	Ítem32	.513	Ítem33	.529
Ítem40	.351	Ítem55	.582	Ítem59	.401
Ítem41	.790	Ítem57	.439	Ítem70	.636
Ítem44	.683	Ítem58	.349	Ítem75	.638
Ítem47	.313	Ítem65	.464	Ítem14	.416
Ítem63	.389	Ítem74	.427	Ítem24	.399
Ítem77	.300	Ítem18	.538	Ítem46	.602
Ítem9	.621	Ítem21	.749	Ítem49	.536
Ítem28	.642	Ítem26	.758	Ítem52	.527
Ítem36	.472	Ítem34	.732	Ítem64	.416
Ítem56	.653	Ítem38	.612	Ítem68	.704
Ítem60	.538	Ítem54	.505	Ítem71	.649
Ítem73	.570	Ítem66	.221	Ítem10	.685
		Ítem80	.479	Ítem20	.278
				Ítem27	.606
				Ítem45	.688
				Ítem67	.632
				Ítem29	.618
				Ítem42	.744

En la Tabla 7, se presentan las cargas factoriales del modelo ajustado que reporta el análisis factorial confirmatorio, de los ítems de los factores del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo, visualizando que del total de ítems, diez presentaron cargas factoriales menores a .35, valor establecido como mínimo aceptable; Observando que ocho ítems del factor I (con valores entre .221 y .349), y dos ítems en el factor II (con valores entre .278 y .306), presentaron cargas factoriales menores a .35, valor establecidos como mínimo aceptable.

3.4 Confiabilidad por consistencia interna

Tabla 8

Confiabilidad del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo

	α -Ordinal	N Ítems	IC ^(a) al 95%	
			Li	Ls
Hábitos y actitudes	.865	45	.881	.910
Sobreingesta Alimentaria	.703	8	.660	.746
Subingesta Alimentaria	.580	8	.537	.654
Antojos Alimentarios	.758	6	.718	.791
Expectativas relacionadas con comer	.760	7	.725	.795
Racionalizaciones	.689	8	.645	.735
Motivación para bajar de peso	.848	8	.832	.874
Hábitos generales de salud	.748	28	.768	.824
Hábitos de salud	.690	7	.650	.739
Imagen corporal	.750	6	.718	.791
Aislamiento social	.743	8	.717	.788
Alteración afectiva	.778	7	.750	.813

Nota:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa ordinal

(a): Intervalos de confianza para el coeficiente alfa de ordinal

En la tabla 8, se muestran los coeficientes de confiabilidad alfa ordinal según factores y escalas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo. Según este índice de confiabilidad, el factor Hábitos y actitudes y la escala Motivación para bajar de peso registraron una confiabilidad muy buena, mientras que las escalas Sobreingesta Alimentaria, Antojos Alimentarios, Expectativas relacionadas con comer, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteración afectiva registraron una confiabilidad respetable, y las escalas Racionalizaciones y Hábitos de salud registraron una confiabilidad aceptable y finalmente la escala Subingesta Alimentaria registró una confiabilidad de .580.

IV. DISCUSIÓN

A continuación, se abarcarán los resultados de la investigación Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del Distrito de Trujillo con 418 adolescentes de ambos sexos, que cursaban entre el primer a quinto grado de nivel secundaria, entendiéndose el concepto Sobreingesta Alimentaria (OQ), como la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre, (O'Donnell y Warren, 2007). Esta investigación es de suma importancia, puesto que es en la adolescencia donde el ser humano crece de manera rápida y mantiene cambios continuos físicos y emocionales, toma decisiones sobre su propia vida, así como también escoge sus hábitos alimenticios (Grosjean, 2011). Cabe precisar que a la fecha no existen investigaciones de dicho cuestionario en el distrito de Trujillo.

En el primer objetivo, se realizó la Validez de contenido, definida como el grado en el cual un instrumento refleja dominio específico de contenido de lo que se pretende medir, esto se realiza a través de la calificación de un conjunto de especialistas Sánchez y Reyes Meza (2009). Ding y Hershberger (2002) manifiestan que la realización de validez de contenido, se evalúa a través de juicio de expertos, Utkin (2005) desarrolla que el juicio de expertos es una parte importante. Se utilizó coeficiente V de Aiken, que cuantifica la validez del contenido de un ítem, cuya puntuación califica a un ítem muy significativo cuando ($**p<.01$) Aiken (2003). Por lo tanto, inferimos que en el instrumento se obtuvieron ítems muy significativos tanto en aspecto de claridad, coherencia y relevancia.

En cuanto al segundo objetivo abarcado por los índices de homogeneidad, definida como el grado en el cual el ítem mide lo mismo que el test o subtest, es decir el grado en el cual contribuye la homogeneidad de dicho test o subtest (Abad, Garrido, Olea, y Ponsoda, 2006); Likert (1932) lo refiere como la correlación entre cada ítem y la puntuación total en el cuestionario. Se obtuvo en los resultados de la evaluación de los ítems a través de los índices de homogeneidad en los factores del cuestionario, de los cuales cuarenta de los cuarenta y un ítems del Factor I mostraron valores que oscilaban en el rango de .259 y .538; y solo un ítem mostró

un valor inferior a .20. Asimismo, en el factor II, el valor de los índices de veintiséis, de los veintiocho ítems que lo constituyen, mostraron valores entre .207 y .457, en tanto que dos ítems mostraron valores menores a .20, haciendo referencia a un nivel de discriminación de bueno a elevado en setenta de los setenta y tres ítems de la escala; puesto que Elosua y Bully Garay (2012) califican la valoración de un ítem válido con puntuación mayor a .20. Asimismo, se evidenció resultados referentes a los índices de homogeneidad en el estudio realizado por Meza y Moral (2012), donde se obtuvo, puntuaciones más elevadas, que oscilaron entre .65 a .87 entre sus escalas. En relación a las cargas factoriales de los ítems según factor se observa que ocho ítems del factor I (con valores entre .202 y .328), y dos ítems en el factor II (con valores oscilantes entre .217 y .342), presentaron cargas factoriales menores a .35. Por lo cual, se evidencia que el instrumento obtuvo en la mayor parte de su totalidad, índices de homogeneidad mayores a .20., lo que indica que la prueba consta de ítems válidos.

Por otro lado, en el tercer objetivo relacionado a validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio citando a Sánchez y Reyes (2009), quienes manifiestan a la validez de constructo como el grado en que un test mide la construcción teórica elaborada respecto a la conducta que se ha medido. Para Carretero-Dios y Pérez (2005) es explorar la estructura interna del instrumento. Así, un test posee validez de constructo teórico cuando el resultado es el esperado en relación a la teoría formulada. Asimismo, en cuanto al Análisis factorial confirmatorio (AFC) ayuda a establecer dicha validez de constructo de lo que se está midiendo, es decir, confirma la replicación de la estructura del constructo que se pretende medir. (Morales Vallejo, 2013). Se obtuvo evidencia a través de los resultados, en los índices de ajuste del modelado, en cuanto a Índices de ajustes globales o absolutos en el factor Hábitos y actitudes, CMIN/ gl. = .37 (menores a 5); RMSEA = .081, según Steiger y Lind (1980) consideran un buen ajuste cuando este es <.08, también Browne y Cudeck (1993) consideran un ajuste aceptable cuando este se encuentra entre .05 a .08., sin embargo Hu y Bentler (1995) consideran un ajuste óptimo cuando sus valores son inferiores a .06; GFI = .705;

AGFI = .672 Schumacker y Lomax, (1996, citado en Aldás, 2005) tanto para GFI como para AGIF son admisibles valores $>.90$; en Índices de ajuste comparativos IFI = .633; CFI = .630 para Hu y Bentler (1999) consideran aceptables los valores entre .90 - .95, no obstante, estiman los valores $>.95$ como bueno; Índice de ajuste de parsimonia .631, para Mulaik, et al, (1989) las magnitudes consideradas aceptables oscilan entre .5 a .7. Además, en Hábitos generales de salud, en relación a Índices de ajustes globales CMI/gl = 4.13; RMSEA = .087; GFI= .801; AGFI = .765; en Índices de ajuste comparativo IFI = .696; CFI = .694; finalmente en Índices de ajuste de parsimonia .672 mostrando valores inferiores a .90. Fijado como valor mínimo de indicador de un buen ajuste del modelado Moral de la Rubia, Sánchez, y Villarreal (2010). Por otro lado, en relación a las cargas factoriales, se obtuvo que del total de ítems, nueve de ellos presentan cargas factoriales menores a .35. En relación con el instrumento original O'Donnell, y Warren (2007), se plasmaron puntuaciones Antojos alimentarios (ANT) y Motivación para bajar de peso (MOT) a .68 para puntuaciones de Subingesta alimentaria (SUB) y MOT (.50). Reflejando que las esas escalas del OQ miden un conjunto de constructos que se relacionan de manera cercana, sin embargo, aún no son lo suficientemente independientes para justificar calificación. Se evidenció correlaciones de bajas a moderadas, relacionadas con cuestiones con el comer y con el peso. Se obtuvo correlaciones poderosas de .68 relacionadas con cuestiones de comer y con el peso, Aislamiento social (AIS) y Alteración afectiva (AFE); las correlaciones entre Hábitos de salud (SAL), Sobreingesta alimentaria (SOB), Alteración afectiva (AFE) van de .00 a .53., finalmente, para SUB y AFE .27. Por lo tanto, se deduce que el instrumento de Sobreingesta alimentaria (OQ), presenta un inadecuado ajuste en el modelo planteado por el autor en la población estudiada, ya que en los resultados se presenta puntuaciones menores a las establecidas como mínimas para un adecuado ajuste.

Finalmente, en el cuarto objetivo, se identificó la confiabilidad en el cuestionario a través del coeficiente Alfa Ordinal, coeficiente obtenido mediante los pesos factoriales extrayendo resultados finos y exactos Zumbo., Gadermann, y Zeisser,

(2007). Así también, Gadermann., Guhn., y Zumbo (2012) mencionan el Alpha Ordinal para una escala, no debe ser menor de .70 cuando se utiliza en una investigación, para los ajustes aplicados .80, y puntuación de .90 o incluso .95 para diagnósticos clínicos o educativos. Morales (2007), mencionan la escala de valoración mínimamente aceptable ($\alpha = .65-.70$). Asimismo, se evidenció el factor Hábitos y actitudes relacionados con el comportamiento humano ($\alpha = .865$) y la escala Motivación para bajar de peso ($\alpha = .848$) una confiabilidad muy buena; en cuanto a las escalas Sobreingesta Alimentaria, Antojos alimentarios, Expectativas relacionadas con comer, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteración afectiva registraron confiabilidad respetable, y las escalas Racionalizaciones y Hábitos de salud mostraron confiabilidad aceptable, finalmente la escala Subingesta alimentaria evidenció confiabilidad de .598. Así también, en cuanto a la investigación que llevaron a cabo Meza y Moral (2012), obtuvieron una consistencia interna que oscila entre .98. Por otro lado, O'Donnell, y Warren (2007), creadores del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), registraron confiabilidad con rango de .79 a .88. Por otro lado, O'Donnell, y Warren (2007), creadores del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), registraron confiabilidad con rango de .79 a .88. Por consiguiente, se plasma que el instrumento estudiado presenta confiabilidad aceptable en la mayor parte de su totalidad, sin embargo, no presenta el nivel de confiabilidad esperado.

Expuesto los resultados de la investigación titulada Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo, se logró ítems muy significativos en relación a validez de contenido, índices significativos de homogeneidad, y aceptable confiabilidad, sin embargo este nivel de confiabilidad no fue lo suficientemente adecuado para la realización de baremos en la investigación, ya que las puntuaciones obtenidas son inferiores a las esperadas. ($\alpha = >.85$). Morales (2007).

V. CONCLUSIONES

A través de los objetivos propuestos de la investigación psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentara (OQ) en adolescentes del distrito de Trujillo, se obtuvo lo siguiente:

- Se realizaron las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentara en una muestra de 418 adolescentes.
- Se realizó la validez de contenido, donde se arrojaron puntuaciones de ítems muy significativos.
- Se obtuvieron los índices de homogeneidad con un nivel discriminación de bueno a elevado, donde el Factor I mantiene valores que oscilan entre .259 y .538, donde sólo el ítem 51 muestra valor inferior a .20; en el Factor II se obtuvieron valores .207 y .457
- Se estableció la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio, obteniendo valores inferiores a .90. fijado como valor mínimo de indicador de un buen ajuste del modelado.
- Se logró la confiabilidad por consistencia interna, utilizándose el Alpha Ordinal, donde el coeficiente califica la categoría aceptable a muy buena.

VI. RECOMENDACIONES

- Ampliar el tamaño de la muestra con el fin de obtener resultados significativos, y así enriquecer las propiedades psicométricas del cuestionario investigado.
- Realizar validez de contenido con visión multidisciplinaria, para mayor enriquecimiento de los ítems pertenecientes a los factores y escalas del instrumento investigado.
- Aplicar la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio para obtener la tendencia de reagrupación de los ítems del cuestionario.
- Aplicar el cuestionario de la investigación en población con características diferentes a la realizada.
- Aplicar para la realización de confiabilidad el estadístico test retest-estabilidad, para incrementar la puntuación de confiabilidad y así poder realizar baremos y puntos de corte para una aplicación de diagnóstico clínico individual y descripción grupal, puesto que el instrumento investigado es solamente útil como referencia de investigaciones futuras.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abad, J., Garrido, J., Olea, J., & Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Aiken, R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (Undecima ed.). (L. Gaona Figueroa, Ed., M. E. Ortiz Salinas, & G. Montes de la Oca Vega, Trans.) México, DF, México: Editorial Pearson Educación.
- Arangón, A., Blasco, L., Cabrinety, N. (2004). *Libro de Consenso Endocrinología Pediátrica*. Editorial Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. España.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Editorial Universitaria. Lima. Perú.
- Aldás, J y Uriel, E. (2005). *Análisis Multivariante Aplicado*. Editorial Thomson-Paraninfo.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35(4), 539-540. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0049124192021002005#articleCitationDownloadContainer>
- Browne, M. y Cudeck, R.. (2016). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*. 21(2), 230-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635407.pdf>
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revision de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 35(3), 521-551.
- Clínica Universidad de Navarra (2015). Diccionario Médico. Recuperado de <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/poligenico>

- Cuba, S. (05 de Julio del 2016). Perú ocupa el tercer puesto del ránking de obesidad en Latinoamérica. *América Noticias*.
- Garner, D. (2016). *EDI-3 Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria*. TEA Ediciones.
- D'Anglés, T. (2014). Percepción de la obesidad por adolescentes escolares del distrito de Trujillo. *Revista Médica de Trujillo*. 10(2), 1-24.
- Delgado, F., Gonzales, N. (2013). *Obesidad central, hábitos alimentarios y actividad física en adolescentes* (Tesis de licenciatura). Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A Barceló. Argentina.
- Ding, C. & Hershberger, S. (2002). Assessing content validity and content equivalence using structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9 (2), 283-297.
- Domínguez, C. (2016). Tres de cada cinco peruanos tienen sobrepeso u obesidad. El comercio. Recuperado de <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/tres-cada-cinco-peruanos-tienen-sobrepeso-obesidad-noticia-1731163>
- Elosua, P., y Bully, P. *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento* (Primera ed.). (S. e. Vasco, Ed.) Gasteiz, Álava, País Vasco: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Recuperado de Portal del Servicio Editorial. Libros en PDF. Ciencias Sociales. Psicología:
www.argitalpenak.ehu.es/.../Psicometria_Elosua%20Bully.pdf
- Gadermann, A., Guhn, M. y Zumbo. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide (17). *Practical Assessment, Research & Evaluation*.
- Guzmán, R., Del Castillo, A., y García, M. (2010). Factores Psicosociales Asociados al paciente con obesidad. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf

- Grosjean, N. (2011). *Caracterización de la conducta alimentaria, para el mantenimiento del peso corporal, en estudiantes mujeres de 12 a 18 años de edad, de un centro educativo privado de la ciudad capital* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Gonzales, F. (2007). *Instrumento de evaluación psicológica*. (1° Ed.) Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gac Médic Méx*, 140(2), 28-29.
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1995). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2014. Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
- Kingsley, J. (2015). Obesity in Children And Teens. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1(79), 01-01.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1-50.
- Magnato, C., Cruz, S. (2016). *TSA. Test de Siluetas para Adolescentes*. TEA Ediciones.

- Meza, C., y Moral, J. (2012). Validación de la versión en español del Cuestionario de Sonbreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 73-96.
- Mikulic, M. (S.F). La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f1.pdf
- Moral, J., Meza, C. (2012). Predicción de conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*. 35(6), 491. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n6/v35n6a6.pdf>
- Moral de la Rubia, C., Sánchez Sosa, J., & Villarreal, M. (2010). Desarrollo de una Escala Multidimensional Breve de Ajuste Escolar. (F. d. León, Ed.) *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, XVI (1), 1-11.
- Morales, P. (2013). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de test, escalas y cuestionarios*. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Morales, P. (2007). *La fiabilidad de los tests y escalas*. Recuperado de <http://web.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>
- Moreno, M. (2012). Definición y Clasificación de la Obesidad. *Revista Médica Clínica Condes* 23(2), 124-128. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf
- Mulaik, S., James, L., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S. y Stilwell, C.D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430–445.

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad. Recuperado de <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- O'Donnell, E., & Warren, W. (2007). *Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ)*. Manual Moderno: Biblioteca Nacional de México.
- Steiger, J., & Lind, J. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. Iowa, IA: Psychometric Society.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica* (Cuarta ed.). Lima, Perú: Editorial Visión Universitaria.
- Silvestri, E., Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. (Tesis de doctorado). Córdoba Capital.
- Solano, N., & Cano, A. (2016). *IMAGEN Evaluación de la Insatisfacción con la imagen corporal*. TEA Ediciones.
- Ureña. (2008). Conceptos Básicos de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 65(582), 32-33.
- Utkin, L. (2006). A method for processing the unreliable expert judgments about parameters of probability distributions. . *European Journal of Operational Research*. 175(1), 385-398.
- Zumbo, M., Gadermann, M. y Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6, 21-29.

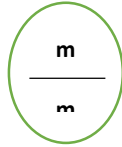
ANEXOS

Hoja de respuesta de autocalificación

William E. O'Donnell, PhD, MPH

& W. L. Warren, PhD

Manual Moderno



Nombre o número de identificación: _____

Fecha: _____ Edad: _____

Género: Femenino ☐ Masculino ☐

Educación (número de años terminados):

☐ < 12 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ >16

Raza/ Grupo étnico: ☐ Asiático
☐ Africano Americano
☐ Latinoamericano
☐ Blanco

Estatura: _____ cm

Peso: _____ Kg

Peso adulto máximo (no incluyendo embarazo) : _____

Peso adulto mínimo: _____ Kg

¿Cuánto le gustaría pesar? _____ Kg

¿Qué edad tenía cuando empezó a preocuparse por su peso? _____ años de edad

1. ¿Tiene problemas con su alimentación?..... ☐ No ☐ Sí
2. ¿En este momento, está usted a dieta?..... ☐ No ☐ Sí
3. ¿Ha tenido algún problema con alcohol o droga?..... ☐ No ☐ Sí
4. ¿Padece problemas graves de salud?..... ☐ No ☐ Sí
5. ¿Cree usted que en seis meses pese menos de lo que pesa ahora?..... ☐ No ☐ Sí
6. ¿Qué tan precisos fueron los cálculos de estatura y peso que indicó antes? ☐ No ☐ Sí

☐ No muy precisos
☐ Bastante precisos

☐ Algo precisos
☐ Muy precisos

7. ¿Cómo evaluaría usted su peso?

- ☐ Peso muy por debajo de lo normal
☐ Peso por encima de lo normal

☐ Peso por debajo de lo normal
☐ Peso muy por encima de lo normal

☐ Normal

8. ¿Cómo evaluaría el peso de usted la mayoría de las personas?

- ☐ Peso muy por debajo de lo normal
☐ Peso por encima de lo normal

☐ Peso por debajo de lo normal
☐ Peso muy por encima de lo normal

☐ Normal

9. ¿Cuál es el máximo de tiempo que usted ha estado en su peso ideal?

- ☐ Menos de un mes
☐ 6-12 meses

☐ 1-3 meses
☐ Más de 12 meses

☐ 4-6 meses

10. ¿Ha padecido antes Ud. trastorno de conducta alimentaria?

- Sí ☐ No ☐

Parte II

Instrucciones

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones acerca de lo que las personas hacen en ocasiones y de la manera en que pueden sentirse. Lea cada afirmación con cuidado y pregúntese qué tanto está de acuerdo con ella. Después, en la columna que se encuentra a la derecha, encierre en un círculo el número que indique qué tanto concuerda con la afirmación. Marque sólo una respuesta para cada información y dé de su mejor respuesta. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las afirmaciones.

Por favor, presione con firmeza al responder

	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
¿ESTÁ USTED DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?					
1. Siempre como en exceso	0	1	2	3	4
2. Peso demasiado porque otros miembros de mi familia pesan demasiado	0	1	2	3	4
3. No puedo decir "No" cuando me ofrecen comida en las fiestas	0	1	2	3	4
4. Si sobran alimentos después de una comida, me los acabo en vez de guardarlos	0	1	2	3	4
5. Hay ocasiones en las que casi me mato de hambre	0	1	2	3	4
6. Me cuido de lo que como	0	1	2	3	4
7. Me agrada mi figura	0	1	2	3	4
8. Siento que siempre me debería comer todo lo que tengo en mi plato	0	1	2	3	4
9. Hay comidas que se me antojan muchísimo	0	1	2	3	4
10. Es frecuente que me sienta triste y melancólico(a)	0	1	2	3	4
11. Llevo una dieta balanceada	0	1	2	3	4
12. Siempre estoy de buen humor	0	1	2	3	4
13. Me he dado un atracón de comida	0	1	2	3	4
14. Me he dado un atracón de comida	0	1	2	3	4
15. Cuando me siento triste, quiero comer	0	1	2	3	4
16. Como para olvidarme de mis problemas	0	1	2	3	4
17. Siempre tomo buenas decisiones	0	1	2	3	4
18. Quiero conseguir ayuda para mis problemas de peso	0	1	2	3	4
19. Cuando me he sentido alterado(a), como para sentirme mejor	0	1	2	3	4
20. Me preocupa mi futuro	0	1	2	3	4

21. Estoy esforzándome por alcanzar una meta de reducción de peso que me gustaría conseguir dentro de los próximos seis meses	0	1	2	3	4
22. Siento mi cuerpo más relajado cuando como	0	1	2	3	4
23. Me siento orgulloso(a) de cómo me veo	0	1	2	3	4
24. soy tímido(a)	0		2	3	4
25. Hago más ejercicio del que deberá para bajar de peso	0	1	2	3	4
26. Haré ejercicio si eso me ayuda a bajar de peso	0	1	2	3	4
27. Tiendo a preocuparme todo el tiempo	0	1	2	3	4
28. Cuando deseo cierta comida, busco el modo de conseguirla	0	1	2	3	4
29. Siento temor con frecuencia	0	1	2	3	4
30. Peso demasiado por la manera en que funciona mi cuerpo	0	1	2	3	4
31. Siempre estoy feliz	0	1	2	3	4
32.. Peso demasiado porque nadie me da ánimos para bajar de peso	0	1	2	3	4
33. A otras personas les gusta cómo me veo	0	1	2	3	4
34. Para bajar de peso haría lo que me dijera el médico	0	1	2	3	4
35. Evito los alimentos que engordan	0	1	2	3	4
36. Cuando tengo hambre, fantaseo con mi comida preferida	0	1	2	3	4
37. Comer me hace sentir bien	0	1	2	3	4
38. Participaría en grupos de apoyo si eso me ayudara a bajar de peso	0	1	2	3	4

Por favor, presione con firmeza al responder

¿ESTÁ USTED DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?

	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
39. Me ejercito con regularidad para controlar mi peso	0	1	2	3	4
40. Hay días que no como nada	0	1	2	3	4
41. . Me altero mucho cuando subo uno o dos kilos	0	1	2	3	4
42. Mi vida está llena de estrés	0	1	2	3	4
43. Siempre hago lo correcto	0	1	2	3	4
44. Siempre me preocupa subir de peso	0	1	2	3	4
45. Con frecuencia me siento tenso(a)	0	1	2	3	4
46. Evito la cercanía con otra persona	0	1	2	3	4
47. Me respeto más a mí mismo(a) cuando estoy delgado(a)	0	1	2	3	4
48. Siempre estoy atento	0	1	2	3	4
49. Con frecuencia me siento solo(a)	0	1	2	3	4
50. Hago mucho ejercicio	0	1	2	3	4
51. Me siento tranquilo(a) después de comer	0	1	2	3	4
52. Me siento incómodo(a) cuando estoy con otras personas	0	1	2	3	4
53. Le oculto a los demás el hecho de que como en exceso	0	1	2	3	4
54. Realmente quiero bajar de peso	0	1	2	3	4
55. Las personas que son parte de mi vida agravan mis problemas de peso	0	1	2	3	4
56. Tengo deseo intenso por ciertos alimentos	0	1		3	4
57. Mi agitada rutina no me permite ponerme a dieta	0	1	2	3	4
58. Las personas importantes en mi vida me animan a comer en exceso	0		2	3	4
59. Tengo mejor apariencia que la mayoría de la gente	0	1	2	3	4
60. Cuando tengo planes para una comida especialmente buena, me la imagino de antemano	0	1	2	3	4
61. Hago ejercicio todos los días, incluso cuando me siento cansado(a)	0	1	2	3	4
62. Siempre digo la verdad	0	1	2	3	4
63. Siempre estoy a dieta	0	1		3	4
64. Evito las fiestas y las reuniones sociales	0	1	2	3	4
65. Tengo exceso de peso porque soy de baja estatura	0	1	2	3	4
66. Haría cambios en mi estilo de vida para poder bajar de peso	0	1	2	3	4
67. Me siento deprimido(a) la mayor parte del tiempo	0	1	2	3	4
68. Me cuesta trabajo acercarme a los demás	0	1	2	3	4
69. Me excedo cuando como	0	1	2	3	4
70. Me agrada mi cuerpo	0	1	2	3	4
71. Se me dificulta hablar con los demás	0	1	2	3	4
72. Tengo buenos hábitos de salud	0	1	2	3	4
73. Ver anuncios en revistas o en la televisión hace que se me antojen ciertos alimentos	0	1	2	3	4
74. Tengo exceso de peso por problemas de salud	0	1	2	3	4
75. Tengo un cuerpo sensual	0	1	2	3	4
76. Le agrado a todo el mundo	0	1	2	3	4
77. Cuento las calorías de lo que como	0		2	3	4
78. Me cuesta trabajo controlar las cantidades que como	0	1	2	3	4
79. Me siento más amigable después de comer	0	1	2	3	4
80. Levaría una dieta balanceada para poder bajar de peso	0	1	2	3	4

Carta de testigo

Yo, docente a cargo de por medio de la presente, autorizo a que los alumnos del nivel secundario de la Institución Educativa a la cual represento, participen en el trabajo de investigación conducido por Karlita Cecilia Paredes Cruzado, estudiante del último ciclo de la carrera profesional de Psicología, perteneciente a la Facultad de Humanidades de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

La participación de los alumnos de mi representada consistirá en dar respuestas a la prueba psicológica administrada, correspondiente al tema de investigación. Previo a ello los alumnos participantes recibirán una explicación clara, por parte de la investigadora, sobre los propósitos de la evaluación, las razones por las que se les evalúa y la manera en que se utilizarán los resultados. La investigadora se ha comprometido también en darles información oportuna sobre cualquier pregunta, aclarando así posibles dudas durante la prueba.

Los resultados de este estudio serán parte de una tesis que servirá como una herramienta útil para psicólogos de nuestra localidad.

Por otra parte, la investigadora se compromete a respetar el derecho a la privacidad y anonimato de los alumnos.

Firma del Docente

Firma del investigador

Lugar y Fecha: _____

Tabla 7

Coeficientes de asimetría y Curtosis multivariante del factor Hábitos y actitudes del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria en adolescentes del distrito de Trujillo

Asimetría	Kurtosis	Asimetría y Kurtosis (K_p)
$A_S = 130.8$	$K = 632.7$	$\chi^2 = 5134.1$
$Z = 67.3$	$Z = 24.5$	$p = .000^{**}$
$p = .000^{**}$	$p = .000^{**}$	

Nota:

AS: Coeficiente de asimetría; K : Coeficiente de kurtosis; K_p : Coeficiente de Kurtosis multivariante

p: Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

** Valores altamente significativos $p < .01$

En la tabla B1, se muestran los coeficientes de asimetría y Kurtosis multivariante, que señalan que la distribución de los ítems que constituyen el factor Hábitos y actitudes del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria en adolescentes del distrito de Trujillo, presentan diferencias altamente significativas ($p < .01$) con la distribución multivariante.

Tabla 8

Coeficientes de asimetría y Curtosis multivariante del factor Hábitos generales de salud del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, en adolescentes del distrito de Trujillo

Asimetría	Kurtosis	Asimetría y Kurtosis (K _p)
A _S = 23.2	K= 131.9	$\chi^2= 1317.7$
Z= 32.1	Z= 17.0	p= .000**
p= .000**	p= .000**	

Nota:

AS: Coeficiente de asimetría; K : Coeficiente de kurtosis; Kp: Coeficiente de Kurtosis multivariante
p: Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

** Valores altamente significativos $p < .01$

En la tabla B2, se muestran los coeficientes de asimetría y Kurtosis multivariante, que señalan que la distribución de los ítems que constituyen el factor Hábitos generales de salud del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria en adolescentes del distrito de Trujillo, presentan diferencias altamente significativas ($p < .01$) con la distribución multivariante.